



REVAL IDATIE IN BEWE GING

EINDRAPPORT
DEC2010

CC
zorgadviseurs

COLOFON

Revalidatie in Beweging

Foto voorpagina:
Flywheel (source: www.flickr.com)

In opdracht van:
ZonMw

CC zorgadviseurs, Woerden, December 2010



ZonMw



VERBETERPROGRAMMA	DOELSTELLING
Poliklinische instroom	De gemiddelde doorlooptijd, van ontvangst verwijzing tot de start van de eerste concrete diagnostische/behandelactiviteit, die na indicatiestelling plaatsvindt, bedraagt maximaal vier weken.
Klinische instroom	De wachttijd voor klinische opname bedraagt voor 80% van de revalidanten maximaal zeven dagen na verwijzing.
Doelmatigheid behandeling	Een gemiddelde doelmatigheidswinst van minimaal 5% in de behandeling.
Klinische uitstroom	Een minimale reductie van 50% van het aantal dagen niet-medisch geïndiceerd klinisch verblijf.

SAMENVATTING

In navolging van het programma Sneller Beter is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de koepelorganisatie Revalidatie Nederland in februari 2008 overeengekomen het landelijke verbeterprogramma Revalidatie in Beweging (RiB) te starten. RiB is gericht op het invoeren van moderne inzichten over zorglogistiek binnen revalidatiecentra, met als doel dat er concrete en significante verbeteringen worden gerealiseerd en een vliegwiel op gang wordt gebracht, gericht op brede toepassing van zorglogistiek binnen de sector. Het programma RiB is uitgevoerd in twee tranches van ieder een periode van een jaar. In totaal hebben 16 revalidatiecentra aan het programma deelgenomen en zijn er 25 verschillende verbeterprojecten uitgevoerd. Van 21 verbeterprojecten zijn de resultaten vastgesteld en wordt in dit rapport verslag gedaan.

Het programma RiB kent vier verbeterprogramma's met vooropgestelde ambitieus gedefinieerde resultaatdoelstellingen.

Binnen het verbeterprogramma 'poliklinische instroom' is een gemiddelde reductie van de doorlooptijd behaald van 44%. Twee verbeterprojecten hebben gesorteerd in een doorlooptijd van minder dan vier weken en voldoen aan de RiB doelstelling. Het verbeterprogramma 'klinische instroom' heeft geleid tot een reductie van gemiddeld 53%

van de wachttijd. Vijf van de zes verbeterprojecten hebben voldaan aan de RiB-doelen. Het overall resultaat van het verbeterprogramma 'doelmatigheid behandeling' bedraagt een gemiddelde toename van de throughputcapaciteit van 24%. Alle gerapporteerde verbeterprojecten hebben de RiB-doelstelling behaald. Ook binnen het verbeterprogramma 'klinische uitstroom' hebben alle verbeterprojecten voldaan aan de RiB-doelstelling en is het aantal dagen niet-medisch geïndiceerd verblijf met gemiddeld 85% gereduceerd.

Het effect van de interventies op de werkbeleving van medewerkers is neutraal. Er is geen significant verschil gemeten in de werkbeleving voor RiB en na RiB. Op de resultaatgebieden geven de respondenten aan dat er sprake is van een significante verbetering. Dit ligt in lijn met de resultaten die gemeten zijn. De studies naar de effecten op de patiëntbeleving en de kwaliteit van behandeling tonen een gedifferentieerd beeld. Over het algemeen is er sprake van een positieve waardering, er worden echter ook een aantal belangrijke kanttekeningen geplaatst. Op individueel niveau is bijvoorbeeld duidelijk geworden dat iedere revalidant zijn eigen beleving en verwachtingen heeft van een behandeling. Iedere individuele beleving moet als belangrijk leerpunt worden gezien voor zowel de sector als de behandelaar.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	07
2	OPZET PROGRAMMA EN METHODIEK	09
3	PROGRAMMADOELEN	11
	3.1 Participatiedoelstelling	
	3.2 Doelstelling verbeterprogramma's	
4	VERBETERPROGRAMMA POLIKLINISCHE INSTROOM	13
	4.1 Inleiding	
	4.2 Deelnemers	
	4.3 Resultaten	
	4.4 Interventies	
	4.5 Effecten op de medewerkersbeleving	
	4.6 Effecten op de patiëntbeleving	
	4.7 Effecten op de kwaliteit van behandeling	
5	VERBETERPROGRAMMA KLINISCHE INSTROOM	19
	5.1 Inleiding	
	5.2 Deelnemers	
	5.3 Resultaten	
	5.4 Interventies	
	5.5 Effecten op de medewerkersbeleving	
	5.6 Effecten op de patiëntbeleving	
	5.7 Effecten op de kwaliteit van behandeling	
6	VERBETERPROGRAMMA DOELMATIGHEID BEHANDELING	25
	6.1 Inleiding	
	6.2 Deelnemers	
	6.3 Resultaten	
	6.4 Interventies	
	6.5 Effecten op de medewerkersbeleving	
	6.6 Effecten op de patiëntbeleving	
	6.7 Effecten op de kwaliteit van behandeling	
7	VERBETERPROGRAMMA KLINISCHE UITSTROOM	33
	7.1 Inleiding	
	7.2 Deelnemers	
	7.3 Resultaten	
	7.4 Interventies	
	7.5 Effecten op de medewerkersbeleving	
	7.6 Effecten op de patiëntbeleving	
	7.7 Effecten op de kwaliteit van behandeling	
8	SLOTBESCHOUWING	37

1 >

INLEIDING

In navolging van het programma Sneller Beter is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de koepelorganisatie Revalidatie Nederland in februari 2008 overeengekomen het landelijke verbeterprogramma Revalidatie in Beweging (RiB) te starten. RiB is gericht op het invoeren van moderne inzichten over zorglogistiek binnen revalidatiecentra, met als doel dat er concrete en significante verbeteringen worden gerealiseerd en een vliegwiel op gang wordt gebracht, gericht op brede toepassing van zorglogistiek binnen de sector. Op deze wijze levert het programma een bijdrage aan een verdere professionalisering van de revalidatiesector en biedt het een antwoord op de druk die revalidatiecentra ervaren om de effectiviteit en doelmatigheid van de revalidatiezorg verder te vergroten.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van het verbeterprogramma RiB. Zowel de resultaten van de eerste als de tweede tranche zijn in deze rapportage verwerkt. Naast de resultaten op de programmadoelstellingen biedt het rapport een overzicht van de interventies die zijn doorgevoerd, alsmede de effecten op de medewerkersbeleving, patiëntbeleving en de kwaliteit van de behandeling.

Van de resultaten wordt in het rapport anoniem verslag gedaan. De nadruk van het programma ligt op het aantoonbaar maken van de effectiviteit van zorglogistiek binnen de revalidatiezorg. Het doel is niet om tot een onderling vergelijk tussen revalidatiecentra te komen.

2>

OPZET PROGRAMMA

Het programma RiB is opgebouwd uit twee afzonderlijke tranches met ieder een doorlooptijd van 12 maanden. De eerste tranche is gestart in juni 2008. Vier revalidatiecentra hebben gedurende deze periode een verbetertraject doorlopen met als doel best practices¹ op te leveren voor de tweede tranche. In juni 2009 is met 14 revalidatiecentra de tweede tranche van start gegaan, welke is afgerond in juni 2010.

De doorbraakmethode² heeft het methodische fundament gevormd van RiB. Deze methode is in 1995 door het Institute for Healthcare Improvement (IHI) ontwikkeld als antwoord op de vraag hoe in korte tijd de kwaliteit en doelmatigheid effectief verbeterd kan worden binnen de zorg. De methodiek kenmerkt zich door de doelgerichte en gestructureerde aanpak, waarbij nadrukkelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande goede voorbeelden en de creativiteit binnen de organisatie om effectieve oplossingen te ontwikkelen. In een reeks van meerdere cyclische perioden, bestaande uit gerichte kennisontwikkeling/-uitwisseling en actieperioden, wordt binnen een periode van 12 maanden gestreefd naar aanzienlijke en aantoonbare resultaatverbeteringen.

Een integraal onderdeel van de aanpak zijn een nul- en nameting teneinde uitspraken te kunnen doen over de behaalde resultaten. Aan de hand van meetlijsten met daarbij per programmadoel omschreven indicatoren hebben revalidatiecentra gedurende het programma RiB kwantitatieve metingen uitgevoerd. In aanvulling op het kwantitatieve onderzoek is het programma en de voortgang in de resultaten op kwalitatieve gronden beoordeeld. Naast het meten van de resultaten op de programmadoelen is onderzoek gedaan naar de effecten van de zorglogistieke

interventies op de werknemersbeleving, patiëntbeleving en de kwaliteit van behandeling.

Het medewerkerbelevingsonderzoek is uitgevoerd aan de hand van het vragenlijstonderzoek. Het onderzoek is uitgezet onder de 14 instellingen die deelgenomen hebben aan tranche 2 van RiB. In het vragenlijstonderzoek is gevraagd verschillende aspecten van het werk te beoordelen, waarbij verzocht is een waardering te geven voor de situatie voor RiB en een waardering voor een situatie waarin de interventies van RiB geëffectueerd zijn. Tevens is gevraagd naar een oordeel over de behaalde resultaten. De vragenlijst is uitgezet onder 243 personen. De respons op de vragenlijst bedroeg 60% (n=146).

Het patiëntenbelevingsonderzoek betrof een kleinschalig kwalitatief onderzoek (n=43), waarbij aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst interviews zijn afgenomen met revalidanten. In de interviews is stilgestaan bij de ervaringen van de revalidant in de verschillende fases van het revalidatieproces en de toegevoegde waarde voor de revalidant van de binnen RiB-ontwikkelde oplossingen. De gemiddelde duur van een interview bedroeg 30 tot 45 minuten. De gesprekken zijn - na toestemming van de revalidant - opgenomen en geanalyseerd.

Om tot uitspraken te komen over de effecten van zorglogistiek op de kwaliteit van de behandeling heeft er een kleinschalig kwalitatief explorerend onderzoek plaatsgevonden, waarbij gebruik is gemaakt van focusgroepen. Voor deze aanpak is gekozen omdat objectieve maatstaven voor het meten van de kwaliteit (outcomes) van de revalidatiehandeling nog onvoldoende breed beschikbaar zijn binnen de sector. In totaal hebben 16 professionals (artsen, behandelaars) onder voorzitterschap van een tweetal hoogleraren Revalidatiegeneeskunde zich gebogen over de vraag “wat zijn de effecten van de zorglogistieke interventies op de behandelkwaliteit?”. De gesprekken zijn opgenomen en geanalyseerd. De uitkomsten zijn alvorens te rapporteren voorgelegd aan de voorzitters van de focusgroepen.

¹ Best practice: een techniek, methode, proces of activiteit die effectiever is om een bepaald resultaat te behalen dan gangbare techniek, methode, etc.

² The Breakthrough Series, IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement, Innovation Series, Institute for Healthcare Improvement, 2003.

VERBETERPROGRAMMA	DOELSTELLING	INDICATOR
Poliklinische instroom	De gemiddelde doorlooptijd, van ontvangst verwijzing tot de start van de eerste concrete diagnostische/behandelactiviteit, die na indicatiestelling plaatsvindt, bedraagt maximaal vier weken.	Doorlooptijd: totale doorlooptijd, van ontvangst verwijzing tot de start van de eerste concrete diagnostische/behandelactiviteit, die na indicatiestelling plaatsvindt in dagen per revalidant.
Klinische instroom	De wachttijd voor klinische opname bedraagt voor 80% van de revalidanten maximaal zeven dagen na verwijzing.	Wachttijd: totale wachttijd van verwijzing tot klinische opname in dagen per revalidant.
Doelmatigheid behandeling	Een gemiddelde doelmatigheidswinst van minimaal 5% in de behandeling.	Throughputcapaciteit: de capaciteit van een proces in aantal patiënten dat gegeven het capaciteitsniveau per tijdseenheid kan aanvangen met de revalidatiebehandeling.
Klinische uitstroom	Een minimale reductie van 50% van het aantal dagen niet-medisch geïndiceerd klinisch verblijf.	Ligdagen: aantal dagen tussen het moment waarop revalidant op medische indicatie ontslagen kan worden en het moment van feitelijk ontslag.

FIGUUR 3.1 DOELSTELLINGEN EN INDICATIES PER VERBETERPROGRAMMA

3>

PROGRAMMADOELEN

3.1 PARTICIPATIEDOELSTELLING

Het programma RiB is er op gericht een impuls te geven aan de toepassing van moderne inzichten over zorglogistiek in de revalidatiesector, door breedschalig binnen een groot aantal revalidatiecentra zorglogistieke verbetertrajecten te initiëren.

Het programma heeft zich ten doel gesteld bij 75% van de revalidatie-instellingen aansprekende verbeteringen te realiseren door toepassing van zorglogistiek om hiermee een vliegwiel op gang te brengen binnen de sector. In totaal hebben 16 revalidatiecentra deelgenomen aan RiB. Er zijn in totaal 27 verbeterprojecten opgestart, waarvan 25 afgerond. Gedurende RiB zijn twee verbeterprojecten voortijdig beëindigd als gevolg van fusie-inspanningen en op grond van bedrijfseconomische overwegingen.

De participatiegraad aan RiB bedraagt 67% van het totaal aantal revalidatiecentra, wanneer wordt uitgegaan van de ledenlijst van Revalidatie Nederland d.d. 1 januari 2008. Uitgaande van de actuele ledenlijst d.d. 1 oktober 2010 bedraagt de participatiegraad 74%. Dit als gevolg van enkele fusies binnen de sector.

3.2 DOELSTELLING VERBETERPROGRAMMA'S

Het programma RiB kende een viertal verbeterprogramma's met vooropgestelde ambitieus gedefinieerde resultaatdoelstellingen. Deze doelstellingen vormen de toetssteen waaraan de resultaten zijn getoetst. In figuur 3.1 zijn de doelstellingen en de indicatoren per verbeterprogramma weergegeven.

Naast de doelstellingen van RiB hebben revalidatiecentra de kans aangegrepen om ook op andere aspecten tot verbetering te komen. Van de resultaten op additioneel doelen wordt in dit rapport geen verslag gedaan. In dit rapport wordt uitsluitend gekeken naar de resultaten op de verbeterprogramma's waarvoor de revalidatiecentra zich bij aanmelding voor RiB hebben ingeschreven.

REVALIDATIECENTRUM	PATIËNTENGROEP	TYPE REVALIDATIE	DOELGROEP
Adelante	Audiologie	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
Revalidatiecentrum De Hoogstraat	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
RMC Groot Klimmendaal	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
Sophia Revalidatie	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC)	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie Locatie Dr. Jan van Breemenstraat (JBI)	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
Libra Zorggroep locactie Blixembosch	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen

FIGUUR 4.1 AANTAL DEELNEMENDE REVALIDATIECENTRA

4>

VERBETERPROGRAMMA POLIKLINISCHE INSTROOM

4.1 INLEIDING

Het verbeterprogramma ‘poliklinische instroom’ heeft zich ten doel gesteld om tot een reductie van de doorlooptijd in de instroomfase te komen. Dit programma komt voort uit de maatschappelijke druk om de wachtlijsten in de (revalidatie)zorg terug te dringen en de toegankelijkheid van de zorg te vergroten.

De focus van het programma ligt op het gehele proces van verwijzing tot en met de eerste concrete diagnostische/behandelactiviteit, die na indicatiestelling plaatsvindt. Vanuit het programma RiB is ernaar gestreefd de totale doorlooptijd van dit proces te reduceren tot gemiddeld vier weken.

4.2 DEELNEMERS

In totaal zijn er door zeven revalidatiecentra zeven verbeterprojecten uitgevoerd. De deelnemende centra zijn weergegeven in figuur 4.1.

4.3 RESULTATEN

Voor zes van de zeven revalidatiecentra zijn op basis van de voor- en nameting de resultaten vastgesteld. De resultaten zijn bepaald op basis van de meetresultaten die door de revalidatiecentra zijn aangeleverd. De resultaten zijn door het uitvoerend consortium kwalitatief – aan de hand van voortgangsrapportages en projectbesprekingen – en indien

mogelijk kwantitatief – op basis van geregistreerde data – getoetst. Eén revalidatiecentrum heeft om bedrijfsvoeringredenen besloten de interventies te effectueren na de zomervakantie. Van dit project zijn nog geen resultaten bekend. In figuur 4.3 zijn de resultaten geanonimiseerd per verbeterproject weergegeven.

RiB heeft geleid tot een reductie van de doorlooptijd met gemiddeld 44%. Twee verbeterprojecten hebben geresulteerd in een doorlooptijd van gemiddeld 28 dagen of minder en voldoen hiermee aan de gedefinieerde RiB-doelstelling.

4.4 INTERVENTIES

In figuur 4.2 is een overzicht weergegeven van de interventies die de centra hebben toegepast om tot een verbetering van de doelmatigheid te komen. De interventies zijn gerubriceerd naar interventietypen en de mate waarin binnen de verbeterprojecten een interventie is toegepast.

4.5 EFFECTEN OP DE WERKNEMERSBELEVING

Naast de resultaten op de programmadoelstellingen is het effect van dit verbeterprogramma op de medewerkerstevredenheid beoordeeld. Aan de hand van een vragenlijstonderzoek is gevraagd een oordeel te geven over de situatie voor de start van het programma RiB en de situatie

TOEGEPASTE INTERVENTIES	MATE WAARIN TOEGEPAST
Proces	
Ontwikkelen zorgpaden.	****
Standaardiseren van het instroomproces.	****
Clusteren van diagnostiek, one stop visit concept.	***
Verbeteren afstemming processtappen behandeltraject.	***
Capaciteit	
Verbeteren vraaggerichte inzet capaciteit.	*****
Verbeteren afstemming aantal observatieplaatsen en vraag.	****
Vergroten flexibiliteit inzet artsen en behandelaars.	*
Planning	
Toepassen planningsconcept op basis van 'slots'.	****
Reduceren mutaties in de planning.	*
Automatiseren planning.	*
Besturing	
Verbeteren van het wachtlijstbeheer.	***
Ontwikkelen indicatorenset voor betere sturing.	***
Verbeteren registratie onjuiste verwijingsgronden.	*
Informatie	
Verbeteren registraties en managementinformatie.	****
Verbeteren informatievoorziening over wachttijden naar ketenpartners.	*
Interne communicatie	
Verbeteren continuïteit patiëntbespreking.	***
Verbeteren communicatie tussen behandelteams.	**
Verbeteren afstemming overlegmomenten en behandeltraject.	*
Behandeling	
Wijzigen anamneseformulier.	****
Ontwikkelen behandelprogramma's.	***
Standaardiseren behandelmodules.	***
Wijzigen opzet intake/observatie.	***
Sturen op uitstroom/werken met ontslagprognose.	***
Aanscherpen indicatiestelling.	*
Patiëntenparticipatie/-informatie	
Verbeteren patiënteninformatie over procedure van aanmelden, wachttijden, behandel mogelijkheden.	***
Reduceren no show.	*
Overige	
Versnellen administratieve verwerking verwijzingen.	***
Vergroten telefonische bereikbaarheid.	*
Trainen klantvriendelijkheid.	*

FIGUUR 4.2 OVERZICHT VAN DE TOEGEPASTE INTERVENTIES

LEGENDA

- * in minder dan 20% van de verbeterprojecten toegepast
- ** van 20% tot 40% van de verbeterprojecten toegepast
- *** van 40% tot 60% van de verbeterprojecten toegepast
- **** van 60% tot 80% van de verbeterprojecten toegepast
- ***** in 80% of meer van de verbeterprojecten toegepast

VERBETER PROJECT	NULMETING		NAMETING		RESULTAAT	REALISATIE RiB DOELSTELLING
	gemiddelde doorlooptijd nulmeting (in dagen)	n	gemiddelde doorlooptijd nameting (in dagen)	n		
1	32	n=379	19	n=10	-41%	Ja
2	303	n=145	143	n=68	-53%	Nee
3	45	n=248	26	n=43	-42%	Ja
4	49	n=143	31	n=105	-37%	Nee
5	168	n=151	59	n=17	-65%	Nee
6	240	n=88	171	n=14	-29%	Nee
7*						

FIGUUR 4.3 RESULTATEN NUL- EN NAMETING VAN DE VERBETERPROJECTEN

bij afsluiting van RiB. In totaal hebben 146 respondenten (respons 60%) van 14 verschillende revalidatiecentra de vragenlijst ingevuld.

In figuur 4.4 zijn de uitkomsten weergegeven van de revalidatiecentra die hebben deelgenomen aan het verbeterprogramma ‘poliklinische instroom’. De gemeten verschilcores zijn gering en niet significant. Uitsluitend op het punt ‘zelf werk indelen’ is er sprake van een significant negatief verschil. Medewerkers ervaren als gevolg van de interventies een negatief effect op de mogelijkheden om zelf het werk in te delen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de grote nadruk die er in dit programma is gelegd op het verbeteren van de afstemming tussen vraag en capaciteit. In algemene zin kan worden geconcludeerd dat het verbeterprogramma ‘poliklinische instroom’ geen effect heeft gehad op de werkbeleving.

Het oordeel van de respondenten over de resultaten van dit verbeterprogramma toont een significant positieve verschilscore. Op het punt kwaliteit van dienstverlening, kwaliteit van behandeling en de effectiviteit van het behandelingschema is geen significant verschil gemeten. Dit laat zich verklaren uit het feit dat veel interventies gericht waren op de instroom en in mindere mate op de behandeling. Conform verwachting is het grootste effect zichtbaar op wachttijden. Figuur 4.5 toont de resultaten.

De overall waardering voor het verbeterprogramma is met een score 3,25 (op een schaal van 1 tot 5) positief te

noemen. Dit betekent dat de respondenten het programma als positief hebben ervaren.

4.6 EFFECTEN OP DE PATIËNTBELEVING

In de gesprekken met revalidanten is stilgestaan bij een aantal aspecten die relevant zijn voor de fase van instroom. Met name over wachttijden hadden de meeste respondenten een duidelijke opvatting.

De respondenten hechten er over het algemeen veel belang aan dat wachttijden zo kort mogelijk zijn. Een groot deel van de respondenten heeft aangegeven de wachttijd voor een eerste consult of de start van de behandeling als te lang te ervaren. Daarbij geeft men nadrukkelijk aan dat het een combinatie betreft van enerzijds een lange wachttijd en anderzijds onduidelijkheid over de wachttijd. De lange wachttijd die de meeste respondenten ervoeren had negatieve consequenties. Allereerst continueerden of verergerden hun (pijn)klachten, ten tweede verkeerden zij in onzekerheid over wat er wanneer zou gebeuren. Ten slotte zorgde het er ook voor dat mensen niet goed andere afspraken konden inplannen of andere initiatieven konden nemen (bijvoorbeeld kiezen voor andere behandelingen of vakantie opnemen).

Een tweetal respondenten heeft aangegeven dat een wachttijd ook functioneel was omdat het verwerkingstijd vroeg te accepteren dat er een revalidatiebehandeling

ITEM	GEM. SCORE VOOR	GEM. SCORE NA	VERSCHIL SCORE	VERSCHIL SIGNIFICANT (t-toets)
Regelmogelijkheden	3,35	3,27	-0,08	nee
Zelf werk indelen	3,13	2,87	-0,26	ja
Regelmaat in werk	3,57	3,67	0,10	nee
Werkbelasting	3,48	3,53	0,05	nee
Werktempo	3,33	3,25	-0,08	nee
Werkbelasting	3,67	3,75	0,08	nee
Voldoende capaciteit	3,39	3,50	0,11	nee
Voldoende tijd	3,56	3,64	0,08	nee
Samenwerking	4,12	4,09	-0,02	nee
Samenwerking met collega's	4,19	4,14	-0,06	nee
Hulp van collega's	4,42	4,33	-0,08	nee
Afstemming werk	3,86	3,92	0,06	nee
Sfeer op het werk	4,14	4,11	-0,03	nee
Communicatie op het werk	3,97	3,97	0,00	nee
Welzijn	4,10	4,12	0,02	nee
Persoonlijk welzijn	4,03	3,97	-0,06	nee
Trots op het werk	3,89	3,92	0,03	nee
Passend werk	4,36	4,33	-0,03	nee
Thuis voelen op het werk	4,25	4,28	0,03	nee
Concentratieniveau	4,00	4,11	0,11	nee
Uitdaging in het werk	3,94	3,97	0,03	nee
Plezier naar het werk	4,25	4,28	0,03	nee
Aantrekkelijkheid	4,09	4,12	0,03	nee
Aantrekkelijkheid functie	3,75	3,83	0,08	nee
Aantrekkelijkheid organisatie	4,28	4,28	0,00	nee
Aantrekkelijkheid sector	4,25	4,25	0,00	nee

FIGUUR 4.4 EFFECTEN OP DE WERKNEMERSBELEVING

LEGENDA

1= zeer ontevreden

5= zeer tevreden

RESULTATEN	3,48	3,86	0,38	JA
Kwaliteit dienstverlening	3,76	4,03	0,26	nee
Kwaliteit van de behandeling	3,85	3,94	0,09	nee
Effectiviteit behandelingschema	3,66	3,93	0,28	nee
Behandelduur	3,44	3,97	0,53	ja
Doelmatigheid	3,53	3,91	0,38	ja
Wachttijden	2,62	3,35	0,74	ja

FIGUUR 4.5 OORDEEL RESULTATEN

LEGENDA

1= zeer negatief

5= zeer positief

nodig was.

Hieruit valt op te tekenen dat revalidanten een verschillende beleving en verwachtingen hebben bij het aspect wachttijd.

De les die hieruit is te trekken is dat het van groot belang is dat behandelaren en artsen zich ervan bewust zijn dat iedere revalidant op zijn of haar eigen manier de situatie beleeft en dat daarmee rekening gehouden dient te worden. Hierdoor wordt het mogelijk maatwerk te leveren.

4.7 EFFECTEN OP DE KWALITEIT VAN BEHANDELING

Met betrekking tot interventies in het kader van het verbeteren van de poliklinisch instroom constateren behandelaren en artsen naast positieve effecten ook risico's.

CLUSTERING VAN DIAGNOSTIEK

Door clustering van diagnostiek weet de revalidant snel waar hij of zij aan toe is en hoeft de revalidant minder vaak naar het revalidatiecentrum te reizen. Daarentegen betekent het observeren in één dag dat de diagnose moet worden overgedragen aan collega's. Dat wordt als risico

gezien. Ruis kan ontstaan ingeval van groepsbehandeling en het werken met parttimers. Gevolg is discontinuïteit van zorg voor zowel behandelaren als revalidanten. Het kan zo zijn dat een diagnose voor een 'tweede keer' wordt gesteld.

INFORMATIE

De informatievoorziening is beter gestructureerd. De revalidant is beter en sneller op de hoogte van de behandelduur en -intensiteit en het eindmoment/ontslagdatum. Er is sprake van managen van verwachtingen.

BEWUSTWORDING MET BETREKKING TOT ZORGLOGISTIEK

Teams begrijpen het belang van goede zorglogistiek bij het verlenen van zorg. Al vanaf de instroom zien ze het proces dat een revalidant doorloopt in de instelling en waar zich bottlenecks bevinden. Het enthousiasme voor een disciplineoverstijgende, integrale wijze van denken neemt toe.

REVALIDATIECENTRUM	PATIËNTENGROEP	TYPE REVALIDATIE	DOELGROEP
Adelante	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
	Niet-aangeboren hersenletsel (NHA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
Revalidatiecentrum De Hoogstraat	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
Heliomare	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen

FIGUUR 5.1 AANTAL DEELNEMENDE REVALIDATIE CENTRA

VERBETER PROJECT	NULMETING wachtijd tot opname voor 80% van het aantal opname		NAMETING wachtijd tot opname voor 80% van het aantal opname		RESULTAAT	REALISATIE RiB DOELSTELLING
1	8	n=34	5	n=12	-38%	ja
2	13	n=51	5	n=17	-62%	ja
3	21	n=47	4	n=14	-81%	ja
4	12	n=38	4	n=21	-67%	ja
5	7	n=41	5	n=23	-29%	ja
6	15	n=197	8	n=22	-47%	nee

FIGUUR 5.2 RESULTATEN NUL- EN NAMETING VAN DE VERBETERPROJECTEN

5>

VERBETERPROGRAMMA KLINISCHE INSTROOM

5.1 INLEIDING

Het verbeterprogramma ‘klinische instroom’ heeft zich ten doel gesteld de wachttijd voor klinische opname te optimaliseren. Dit programma is erop gericht de gezondheidswinst te maximaliseren door snel toegang te bieden tot de klinische revalidatiezorg.

5.2 DEELNEMERS

In totaal hebben drie revalidatiecentra dit verbeterprogramma uitgevoerd, er zijn zes verbeterprojecten binnen dit programma uitgevoerd. Een overzicht is weergegeven in figuur 5.1.

5.3 RESULTATEN

De resultaten zijn bepaald op basis van de meetresultaten die door de revalidatiecentra zijn aangeleverd. De resultaten zijn door het uitvoerend consortium kwalitatief, aan de hand van voortgangsrapportages en projectbesprekingen – en indien mogelijk kwantitatief – op basis van geregistreerde data, getoetst. In figuur 5.2 zijn de resultaten geanonimiseerd per verbeterproject weergegeven.

De wachttijd tot opname is met gemiddeld 53% gereduceerd. Vijf van de zes verbeterprojecten hebben geleid tot een wachttijd voor opname die minder is dan zeven dagen.

5.4 INTERVENTIES

Figuur 5.3 toont een overzicht van de interventies die de centra hebben toegepast om tot een verbetering van de doelmatigheid te komen. De interventies zijn gerubriceerd naar interventietypen en de mate waarin binnen de verbeterprojecten een interventie is toegepast.

5.5 EFFECTEN OP DE MEDEWERKERSBELEVING

Naast de resultaten op de programmadoelstellingen is het effect van dit verbeterprogramma op de medewerkerstevredenheid beoordeeld. Aan de hand van een vragenlijst-onderzoek is gevraagd een oordeel te geven over de situatie voor de start van het programma RiB en de situatie bij afsluiting van RiB, nadat de interventies zijn doorgevoerd. In totaal hebben 146 respondenten (respons 60%) van 14 verschillende revalidatiecentra de vragenlijst ingevuld.

ITEM	GEMIDDELDE VOOR	NA	VERSCHIL- SCORE	VERSCHIL SIGNIFICANT (t-toets)
Regelmogelijkheden	3,75	3,83	0,08	nee
Zelf werk indelen	3,33	3,33	0,00	nee
Regelmaat in werk	4,17	4,33	0,17	nee
Werkbelasting	3,50	3,48	-0,02	nee
Werktempo	3,64	3,45	-0,18	nee
Werkbelasting	3,55	3,73	0,18	nee
Voldoende capaciteit	3,27	3,18	-0,09	nee
Voldoende tijd	3,55	3,55	0,00	nee
Samenwerking	4,04	4,07	0,04	nee
Samenwerking met collega's	4,18	4,09	-0,09	nee
Hulp van collega's	4,27	4,18	-0,09	nee
Afstemming werk	3,82	4,09	0,27	nee
Sfeer op het werk	4,09	4,09	0,00	nee
Communicatie op het werk	3,82	3,91	0,09	nee
Welzijn	4,14	4,19	0,05	nee
Persoonlijk welzijn	3,91	3,91	0,00	nee
Trots op het werk	3,73	4,00	0,27	nee
Passend werk	4,36	4,36	0,00	nee
Thuis voelen op het werk	4,27	4,27	0,00	nee
Concentratieniveau	4,45	4,45	0,00	nee
Uitdaging in het werk	4,00	4,09	0,09	nee
Plezier naar het werk	4,27	4,27	0,00	nee
Aantrekkelijkheid	4,15	4,24	0,09	nee
Aantrekkelijkheid functie	4,00	3,91	-0,09	nee
Aantrekkelijkheid organisatie	4,18	4,45	0,27	nee
Aantrekkelijkheid sector	4,27	4,36	0,09	nee

FIGUUR 5.4 EFFECTEN OP DE WERKNEMERSBELEVING

LEGENDA

1= zeer ontevreden

5= zeer tevreden

RESULTATEN	3,37	4,15	0,78V	JA
Kwaliteit dienstverlening	3,64	4,09	0,45	ja
Kwaliteit van de behandeling	3,91	4,00	0,09	nee
Effectiviteit behandelingschema	3,70	4,10	0,40	ja
Behandelduur	3,00	4,18	1,18	ja
Doelmatigheid	3,36	4,27	0,91	ja
Wachttijden	2,64	4,27	1,64	ja

FIGUUR 5.5 OORDEEL RESULTATEN

LEGENDA

1= zeer negatief

5= zeer positief

In figuur 5.4 zijn de uitkomsten weergegeven van de revalidatiecentra die hebben deelgenomen aan het verbeterprogramma ‘klinische instroom’.

De gemeten verschillcores zijn gering en niet significant. Geconcludeerd kan worden dat het verbeterprogramma ‘klinische instroom’ geen positief en geen negatief effect heeft gehad op de werkbeleving.

Het oordeel van de respondenten over de resultaten van dit verbeterprogramma toont een significant positieve verschillscore. Op het punt kwaliteit van behandeling is geen significant verschil gemeten. Het grootste effect wordt waargenomen bij wachttijden. In figuur 5.5 zijn de resultaten weergegeven.

De overall waardering voor het verbeterprogramma is met een score 3,93 (op een schaal van 1 tot 5) positief tot zeer positief te noemen.

5.6 EFFECTEN OP DE PATIËNTBELEVING

In slechts 17% van de gevallen bleek sprake te zijn van klinische instroom. De opvattingen van deze respondenten met betrekking tot wachttijden kwamen in het algemeen

overeen met die van de respondenten waarbij sprake was van poliklinische instroom (zie 4.6).

Bij deze groep revalidanten is specifiek gevraagd naar hun ervaring en opvatting over het vroegtijdig prognosticeren van de ontslagdatum. De meningen lopen zeer uiteen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de meeste respondenten op het moment van het interview nog in behandeling waren. Dat maakt dat het merendeel nog niet praat vanuit een positie waarbij zij kunnen terugkijken op het gehele proces. Het beeld is als volgt:

- Respondenten die het als prettig ervaren. Zij weten waar ze aan toe zijn. Het helpt bij het actief toewerken naar het realiseren van doelen.
- Bij anderen komt het vreemd over om bij de start van een behandeling al de datum van ontslag vast te stellen, zonder te weten wat de resultaten van de behandeling zullen zijn.
- Enkele respondenten gaven aan zich opgejaagd te voelen. Ook stelde een aantal respondenten dat het vaststellen van een voorlopige ontslagdatum niet voor iedere patiëntengroep kan gelden. Er zijn immers zoveel onzekerheden.

TOEGEPASTE INTERVENTIES	MATE WAARIN TOEGEPAST
Proces	
Standaardiseren aanmeldingsproces.	***
Ontwikkelen zorgpaden.	**
Capaciteit	
Hanteren gewijzigde bezettingsgraad norm klinische capaciteit.	****
Verruimen aantal opnamedagen.	***
Labelen van bedden.	***
Toepassen concept duobehandelaars	**
Wijzigen werkdagen artsen.	*
Planning	
Reduceren mutaties in de planning.	**
Informatie	
Verbeteren registraties en managementinformatie.	***
Verbeteren informatievoorziening over wachttijden naar ketenpartners.	*
Beleid en procedures	
Herziening beleid opnamedagen.	****
Behandeling	
Sturen op uitstroom/werken met ontslagprognose.	***
Standaardiseren van diagnostiek.	***
Ontwikkelen behandelprogramma's.	**
Patiëntenparticipatie/-informatie	
Publiceren wachttijden op internet.	*
Overige	
Verbeteren afspraken met ketenpartners.	*

FIGUUR 5.3 OVERZICHT VAN DE TOEGEPASTE INTERVENTIES

LEGENDA

- * in minder dan 20% van de verbeterprojecten toegepast
- ** van 20% tot 40% van de verbeterprojecten toegepast
- *** van 40% tot 60% van de verbeterprojecten toegepast
- **** van 60% tot 80% van de verbeterprojecten toegepast
- ***** in 80% of meer van de verbeterprojecten toegepast

- Eén revalidant plaatste de volgende kanttekening. Zij begreep de reden van het sturen op ontslag. Zij vertelde dat kort voor de streefdatum haar verteld werd dat de behandeling nog eens eenzelfde periode gecontinueerd diende te worden. Dat frustreerde haar enorm.

Verder is uit de gesprekken op te tekenen dat de wijze van communicatie en de verwachtingen die worden gewekt van belang zijn, evenals de mate van patiëntenparticipatie in het te doorlopen proces naar het ontslag toe.

5.7 EFFECTEN OP DE KWALITEIT VAN BEHANDELING STUREN OP ONTSLAG

Door al in een vroeg stadium de ontslagdatum te prognosticeren is de indruk van de professionals dat de revalidant in werkelijkheid zich - bewust of onbewust - meer in zet voor het behalen van de doelen. Door het sturen op ontslag wordt in een vroeg stadium de omgeving (familie of relaties) van de revalidant betrokken. Hierdoor vindt een betere aansluiting plaats met de thuissituatie.

Sturen op de ontslagdatum leidt tot focus in de behandeling. Het kan leiden tot het vroegtijdig behalen van de behandeldoelen. Dus een kortere behandelduur. De vraag dient zich aan wat het effect is van een kortere

behandelduur op de kwaliteit van de behandeling. Uit de gesprekken in de focusgroepen is op te maken dat zowel artsen en behandelaren als de revalidant helder hebben wat de doelen zijn. Zorgvragen die niet direct betrekking hebben op het behandelproces worden in principe niet in het behandelproces opgenomen. Echter, ze worden ook niet over het hoofd gezien. Kritisch wordt beoordeeld hoe daarop te reageren. Daar waar in het verleden (voor RiB) het behandelteam op deze zorgvragen inging, wordt nu vaak besloten deze door te verwijzen naar de eerste lijn.

Zie voor andere effecten bij de poliklinische instroom paragraaf 4.7.

REVALIDATIECENTRUM	PATIËNTENGROEP	TYPE REVALIDATIE	DOELGROEP
Adelante	4-9 jaar, excl. NHA, SMA	Poliklinische revalidatie	Kinderen
Revalidatiecentrum De Hoogstraat	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
De Vogellanden, centrum voor Revalidatie	4-8 jaar	Poliklinische revalidatie	Kinderen
Heliomare	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie Locatie Dr. Jan van Breemenstraat (JBI)	Chronische pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
De Trappenberg	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
Libra-zorggroep locatie Leijpark	Amputatie/pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen
Rijndam Revalidatiecentrum	Dwarslaesie	Klinische revalidatie	Volwassenen
Sint Maartenskliniek (SMK)	Amputatie/pijn	Poliklinische revalidatie	Volwassenen

FIGUUR 6.1 AANTAL DEELNEMENDE REVALIDATIECENTRA (DEZE CENTRA NAMEN ALLE DEEL MET 1 VERBETERPROJECT)

6>

VERBETERPROGRAMMA DOELMATIGHEID BEHANDELING

6.1 INLEIDING

Het verbeterprogramma ‘doelmatigheid behandeling’ heeft zich ten doel gesteld de doelmatigheid van het behandeltraject te vergroten. Dit programma sluit aan bij de actuele ontwikkeling binnen de zorg om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden. Ook binnen de revalidatiesector is de druk op doelmatig presteren hoog en zoekt de sector naar effectieve methoden om de doelmatigheid verder te vergroten.

6.2 DEELNEMERS

In totaal hebben negen revalidatiecentra negen projecten binnen het verbeterprogramma ‘doelmatigheid behandeling’ uitgevoerd. Zie figuur 6.1 voor de deelnemers.

6.3 RESULTATEN

De resultaten zijn bepaald op basis van de meetresultaten die door de revalidatiecentra zijn aangeleverd, conform formats die vanuit RiB zijn aangeleverd. De resultaten zijn door het uitvoerend consortium kwalitatief, aan de hand van voortgangsrapportages en projectbesprekingen – en indien mogelijk kwantitatief – op basis van geregistreerde data, getoetst. Van drie verbeterprojecten is het resultaat niet vast te stellen. In één geval was de kwaliteit van de data ontoereikend. In de overige twee situaties was de steekproefomvang van de nameting te gering om het

behaalde resultaat vast te stellen. Meting over een langere periode is benodigd.

Uitspraken over de mate waarin de RiB-doelstelling zijn behaald, zijn gebaseerd op de prestatie-indicator: throughput. De throughput drukt het aantal revalidanten uit dat per tijdseenheid kan starten met een behandeling gegeven het beschikbare capaciteitsniveau. Als de throughput toeneemt, betekent dit dat de in- en uitstroomfrequentie toeneemt waardoor met hetzelfde capaciteitsniveau meer revalidanten behandeld worden.

Teneinde de throughputcapaciteit van het behandelproces vast te kunnen stellen is het effect op de behandelduur (totale duur van start behandeling tot einde behandeling) en de behandelinzet (aantal uren directe tijd per behandeltraject) vastgesteld. In figuur 6.2 zijn de resultaten geanonimiseerd per verbeterproject weergegeven.

De gemiddelde behandelduur is met gemiddeld 24% gereduceerd. De behandelinzet is met gemiddeld 19% afgenomen. Daarentegen is de behandelintensiteit over het algemeen toegenomen. Dit impliceert dat er korter, maar intensiever behandeld wordt. Het gemiddelde effect op de throughputcapaciteit is 24%.

6.4 INTERVENTIES

In figuur 6.6 is een overzicht weergegeven van de interventies die de centra hebben toegepast om tot een verbetering van de doelmatigheid te komen. De interventies zijn

VERBETER PROJECT	NULMETING		NAMETING		NULMETING		NAMETING	
	gemiddelde behandelduur		gemiddelde behandelduur		gemiddelde behandelinzet		gemiddelde behandelinzet	
1	41	n=27	35	n=18	105	n=27	90	n=18
2	108	n=22	81	n=56	29	n=22	21	n=56
3	79	n=197	53	n=47	130	n=197	108	n=47
4	80	n=14	53	n=14	373	n=14	286	n=14
5	38	n=54	31	n=36	16	n=54	15	n=36
6	92	n=41	77	n=47	140	n=41	107	n=47
7*								
8*								
9*								

FIGUUR 6.2 RESULTATEN NUL- EN NAMETING VOOR DE BEHANDELDUUR EN -INZET

* data ontoereikend om resultaat vast te stellen

VERBETER PROJECT	BEHANDEL- DUUR	BEHANDEL- INZET	BEHANDEL- INTENSITEIT	THROUGH- PUT	REALISATIE RiB DOELSTELLING
	gemiddeld effect	gemiddeld effect	gemiddeld effect	gemiddeld effect	
1	-15%	-14%	+1%	+17%	ja
2	-25%	-28%	-3%	+38%	ja
3	-33%	-17%	+24%	+20%	ja
4	-33%	-23%	+15%	+31%	ja
5	-20%	-9%	+14%	+10%	ja
6	-16%	-24%	-8%	+31%	ja
7*					
8*					
9*					

FIGUUR 6.3 RESULTATEN GEMIDDELD EFFECT VOOR DE BEHANDELDUUR, -INZET EN -INTENSITEIT

* data ontoereikend om resultaat vast te stellen

gerubriceerd naar interventietypen en de mate waarin binnen de verbeterprojecten een interventie is toegepast.

6.5 EFFECTEN OP DE MEDEWERKERSBELEVING

Ook voor het verbeterprogramma ‘doelmatigheid behandeling’ is het effect beoordeeld van de zorglogistieke interventies op de medewerkerstevredenheid. In figuur 6.3 zijn de uitkomsten weergegeven van de revalidatiecentra die hebben deelgenomen aan het verbeterprogramma ‘doelmatigheid behandeling’. De gemeten verschillcores zijn gering en niet significant. Geconcludeerd kan worden dat het verbeterprogramma ‘doelmatigheid behandeling’ geen effect heeft gehad op de werkbeleving.

Het oordeel van de respondenten over de resultaten van dit verbeterprogramma toont een significant positieve verschillscore, behalve op het aspect kwaliteit van dienstverlening en kwaliteit van behandeling. Op deze aspecten zijn de respondenten van mening dat er geen verschil is opgetreden. In figuur 6.4 zijn de resultaten weergegeven.

De overall waardering voor het verbeterprogramma is met een score 3,48 (op een schaal van 1 tot 5) positief te noemen.

6.6 EFFECTEN OP DE PATIËNTBELEVING

Vanuit de optiek van de revalidanten springen een aantal aspecten (interventies) in het oog die uiting zijn van een doelmatige behandeling: patiëntenparticipatie, in het bijzonder de deelname aan de revalidantenbespreking, de planning en de samenwerking in het behandelteam.

PATIËNTENPARTICIPATIE

Iedere respondent heeft het belang benadrukt van patiën-

tenparticipatie. Rekening houden met de verwachtingen van de revalidant en inspraak voor de revalidant worden daarbij genoemd.

Uit de gesprekken blijkt dat de vorm waarin patiëntenparticipatie dient plaats te vinden sterk verschilt per individu. Een grof onderscheid is de proactieve en de reactieve vorm. In de proactieve vorm wil de revalidant een actieve inbreng hebben. De meer reactief ingestelde revalidanten stellen het juist op prijs dat zij bevroegd worden dan wel dat de artsen en behandelaars zelf een inschatting maken van hun wensen en verwachtingen. Zowel voor de pro- als reactieve vorm geldt dat iedere revalidant waarde hecht aan zijn of haar autonomie. Dat wil zeggen: revalidanten waarderen het als artsen en behandelaars rekening houden met de mate waarin zij willen participeren. Respondenten waarderen het als zij geïnformeerd worden over de mogelijkheden tot participatie, zodat zij daarin kunnen kiezen hoe en in welke mate te participeren.

DEELNAME AAN DE REVALIDANTEN-BESPREKING

Een specifiek aspect rondom patiëntenparticipatie is het deelnemen door revalidanten aan de revalidantenbesprekingen. Het merendeel van de respondenten was niet op hoogte van deze mogelijkheid en heeft dan ook niet deelgenomen. Op het moment dat in de gesprekken dit aan de orde kwam bleek dat over het algemeen de respondenten, die er nog niet mee bekend, waren daar veel belang aan hechten. De revalidanten die ervaring hebben met deelname aan de patiëntbesprekingen waarderen dit als zeer positief. Door een drietal respondenten zijn kantekeningen geplaatst:

- Eén respondent heeft aangegeven het niet nodig te vinden, omdat er het volste vertrouwen is in het behandelteam.
- Voor een ander vormde de vermoeidheid aanleiding

ITEM	GEMIDDELDE VOOR	NA	VERSCHIL- SCORE	VERSCHIL SIGNIFICANT (t-toets)
Regelmogelijkheden	2,93	3,01	0,08	nee
Zelf werk indelen	2,41	2,47	0,06	nee
Regelmaat in werk	3,45	3,55	0,10	nee
Werkbelasting	3,02	3,13	0,11	nee
Werktempo	2,90	2,92	0,02	nee
Werkbelasting	3,26	3,34	0,09	nee
Voldoende capaciteit	2,89	3,11	0,21	nee
Voldoende tijd	3,04	3,15	0,11	nee
Samenwerking	4,00	4,05	0,06	nee
Samenwerking met collega's	4,11	4,17	0,07	nee
Hulp van collega's	4,26	4,33	0,07	nee
Afstemming werk	3,74	3,87	0,13	nee
Sfeer op het werk	4,02	4,00	-0,02	nee
Communicatie op het werk	3,85	3,89	0,04	nee
Welzijn	3,96	3,97	0,01	nee
Persoonlijk welzijn	3,76	3,83	0,07	nee
Trots op het werk	3,65	3,72	0,07	nee
Passend werk	4,20	4,17	-0,02	nee
Thuis voelen op het werk	4,17	4,07	-0,11	nee
Concentratieniveau	3,91	3,96	0,04	nee
Uitdaging in het werk	3,96	3,98	0,02	nee
Plezier naar het werk	4,09	4,07	-0,02	nee
Aantrekkelijkheid	3,95	4,04	0,09	nee
Aantrekkelijkheid functie	3,75	3,79	0,05	nee
Aantrekkelijkheid organisatie	4,08	4,18	0,10	nee
Aantrekkelijkheid sector	4,04	4,16	0,12	nee

FIGUUR 6.4 EFFECTEN OP DE WERKNEMERSBELEVING

LEGENDA

1= zeer ontevreden

5= zeer tevreden

RESULTATEN	3,41	3,81	0,40	JA
Kwaliteit dienstverlening	3,60	3,83	0,23	nee
Kwaliteit van de behandeling	3,88	3,97	0,09	nee
Effectiviteit behandelingschema	3,42	3,80	0,38	ja
Behandelduur	3,34	3,81	0,47	ja
Doelmatigheid	3,36	3,88	0,51	ja
Wachttijden	2,84	3,58	0,74	ja

FIGUUR 6.5 OORDEEL RESULTATEN

LEGENDA

- 1= zeer negatief
- 5= zeer positief

om niet te participeren in het overleg.

- Eén respondent gaf aan dat deelname "verwarrend" was. Het medische taalgebruik van het team was hier in belangrijke mate debet aan. Hij had het gevoel er "voor niets bij te zitten". Ingeval het team voor hem begrijpelijke termen zou hanteren en hem erbij zou betrekken, zou hij een volgende keer wel overwegen deel te nemen aan de bespreking.

Op basis van de verhalen van de respondenten blijkt dat de wijze waarop artsen en behandelaars communiceren met de revalidanten van invloed is op de mate waarin revalidanten deelnemen aan hun patiëntbespreking. Ook lijkt het van invloed te zijn op de mate waarin een revalidant zich op zijn of haar gemak voelt. Dit zou kunnen bijdragen aan een grotere en effectievere participatie van revalidanten aan hun revalidantenbespreking.

DE PLANNING

Het merendeel van de respondenten had tijdens hun behandeling ervaring met een planning van activiteiten en onderzoeken. Over het algemeen waarden de respondenten de duidelijkheid die de planning geeft. Wel is een aantal respondenten van mening dat de planning meer weken dan één mag bestrijken. Zij accepteerden overigens de planning zoals die gehanteerd werd. Eén respondent illustreerde dat door op te merken "het is niet anders". Het lijkt daarmee geen zwaarwegend punt te zijn.

Wel noemden een aantal het van groot belang te vinden dat zij als revalidant invloed heeft op het rooster. Uit de gesprekken is op te maken dat in vrijwel alle gevallen rekening wordt gehouden met de wensen van de revalidanten.

Opvallend is dat diverse respondenten aangaven dat behandelaars vrijwel altijd te laat bij de afspraak verschenen.

SAMENWERKING IN HET BEHANDELTEAM

De respondenten geven aan dat zij belang hechten aan goede samenwerking binnen een behandelteam. Bij doorvragen blijkt dat de respondenten, daar waar het van toepassing was, de indruk hebben dat de behandelaars en artsen synchroon zijn gestart met eenzelfde doel voor ogen. Uit de verhalen is op te maken dat zij waardering hebben over de mate waarop hun behandelteam heeft samengewerkt.

6.7 EFFECTEN OP DE KWALITEIT VAN BEHANDELING

REVALIDANTENPARTICIPATIE

Actief revalidanten betrekken in het behandelproces heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de behandeling. Uit de focusgroepen, bestaande uit de behandelaars en artsen, is op te maken:

- De regie van de revalidant neemt toe. Dit wordt ver-

TOEGEPASTE INTERVENTIES	MATE WAARIN TOEGEPAST
-------------------------	-----------------------

Interventies gericht op proces

Standaardiseren van het behandelproces.	****
Ontwikkelen zorgpaden.	**

Interventies gericht op capaciteit

Beter op elkaar af stemmen behandelcapaciteit.	**
Inroosteren vrije buffercapaciteit.	**
Uitbreiden capaciteit/capaciteitsniveau op orde brengen.	*

Interventies gericht op planning

Reduceren mutaties in de planning.	****
Wijzigen van de planningsmethodiek.	***
Scholing planners.	**

Interventies gericht op besturing

Ontwikkelen indicatorenset voor betere sturing.	***
Synchroniseren behandeltrajecten verschillende behandeldisciplines.	**

Interventies gericht op informatievoorziening

Verbeteren registraties en managementinformatie.	****
--	------

Interventies gericht op beleid en procedures

Invoeren beleidsregel continuïteit in behandeling boven continuïteit in behandelaar.	**
Opstellen procedure voorbereiden multidisciplinair overleg.	*

Interventies gericht op taken en verantwoordelijkheden

Benoemen casemanager die verantwoordelijk is voor ontslagmanagement.	*
--	---

Interventies gericht op interne communicatie

Vergroten effectiviteit multidisciplinair overleg.	***
Verbeteren afstemming overlegmomenten en behandeltraject.	***

Interventies gericht op de behandeling en de behandelinhoud

Ontwikkelen behandelprogramma's.	****
Standaardiseren behandelmodules.	****
Sturen op uitstroom/werken met ontslagprognose.	****
Vergroten aantal behandelingen met vaste behandelduur.	*

Interventies gericht op de patiëntenparticipatie/-informatie

Verbeteren patiënteninformatie over procedure van aanmelden, wachttijden, behandel mogelijkheden.	****
Vergroten actieve betrokkenheid van patiënt bij overleg.	*

Overige interventies

Hanteren model voor classificatie naar zorgzwaarte.	*
---	---

FIGUUR 6.6 OVERZICHT VAN DE TOEGEPASTE INTERVENTIES

LEGENDA

- * in minder dan 20% van de verbeterprojecten toegepast
- ** van 20% tot 40% van de verbeterprojecten toegepast
- *** van 40% tot 60% van de verbeterprojecten toegepast
- **** van 60% tot 80% van de verbeterprojecten toegepast
- ***** in 80% of meer van de verbeterprojecten toegepast

sterkt doordat de behandeldoelen bij alle betrokkenen bekend zijn, waardoor bij gelijkblijvende zorgintensiteit de kwaliteit zal toenemen.

- De revalidant heeft de mogelijkheid om inspraak te hebben bij het stellen van de behandeldoelen, hetgeen betrokkenheid creëert om deze doelen ook werkelijk na te streven. Hierdoor vermindert het aantal tussentijdse wijzigingen vanuit de revalidant met betrekking tot het behandeldoel en het proces om deze doelen te bereiken.
- Als gevolg van de inspraak zal daarnaast de revalidant meer ‘druk’ ervaren om de doelen in de gestelde tijd te behalen.
- De mogelijkheid tot controle door de revalidant op de behandeling neemt toe.
- Behandelaars realiseren zich beter dan voorheen dat het goed is om behandeldoelen toe te spitsen op basisvaardigheden (bijv. wat is benodigd in het huishouden) onder het motto “goed is goed genoeg”.

INTERDISCIPLINAIR WERKEN

Interdisciplinair werken houdt in dat revalidatieartsen en behandelaars op geleide van de behandeldoelen van de revalidant in gezamenlijkheid hun activiteiten vaststellen en synchroon starten met de behandeling. De invloed hiervan op de inhoud van de behandeling is:

- Meer eenduidige verdeling van verantwoordelijkheden tussen disciplines. Dit heeft tot gevolg dat behandelaars elkaars werk kritischer gaan beoordelen.
- Door het synchroon starten van behandelaars is de

instroom van revalidanten beter afgestemd met de beschikbaarheid van behandelaar, waardoor de gestelde doelen in een korter tijdsbestek kunnen worden behaald.

- Een betere afstemming tussen disciplines.
- Ingeval de eigen professionele autonomie dominant gesteld wordt binnen een team wordt dit als knelpunt ervaren.

PLANNING

Planning en planningscapaciteiten werden als belangrijkste knelpunten aangehaald in alle drie de focusgroepen:

- Managementinformatie en informatiesystemen om metingen te verrichten en te kunnen sturen op resultaten zijn niet of zeer beperkt aanwezig.
- Rigide planningen van afspraken en structuur in roosters verminderen flexibiliteit, wat verhoogde uitval tot gevolg heeft. Ervaren wordt dat managers veelal op productie en een hoge bedbezetting sturen, waardoor weinig ruimte blijft voor onverwachte spoedgevallen (variabiliteit in het aanbod).
- Adequaat kunnen plannen is in het kader van logistiek van cruciaal belang. Ervaren wordt dat de capaciteiten van de planningsfunctionarissen in de meeste instellingen niet toereikend zijn. Gesuggereerd wordt dat een HBO-niveau noodzakelijk is.

REVALIDATIECENTRUM	PATIËNTENGROEP	TYPE REVALIDATIE	DOELGROEP
Militair Revalidatiecentrum Aardenburg (MRC)	Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Klinische revalidatie	Volwassenen
Rijndam Revalidatiecentrum	Dwarslaesie	Klinische revalidatie	Volwassenen
ViaReva, centrum voor revalidatie	Alle klinische groepen	Klinische revalidatie	Volwassenen

FIGUUR 7.1 AANTAL DEELNEMENDE REVALIDATIECENTRA

VERBETER PROJECT	NULMETING gemiddeld aantal dagen niet-medisch geïndiceerd verblijf		NAMETING gemiddeld aantal dagen niet-medisch geïndiceerd verblijf		RESULTAAT	REALISATIE RiB DOELSTELLING
1	4	n=40	0	n=39	100%	ja
2	41	n=16	16	n=13	60%	ja
3	55	n=17	0	n=9	100%	ja

FIGUUR 7.2 NUL- EN NAMETING VAN DE VERBETERPROJECTEN VOOR HET GEMIDDELD AANTAL DAGEN NIET-MEDISCH GEÏNDICEERD VERBLIJF

7>

VERBETERPROGRAMMA KLINISCHE UITSTROOM

7.1 INLEIDING

Het verbeterprogramma ‘klinische uitstroom’ heeft zich ten doel gesteld het niet-medisch geïndiceerd verblijf van revalidanten in een revalidatiecentrum te reduceren. Stagnatie in de uitstroom leidt tot niet-medisch geïndiceerd gebruik van bedden- en behandelcapaciteit, waardoor deze capaciteit niet beschikbaar is voor revalidanten met een medische revalidatiebehandelindicatie.

Dit programma sluit aan bij de ontwikkeling binnen de zorg om de ketenzorg te verbeteren, zodat de doorstroom van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder in de keten verbeterd.

7.2 DEELNEMERS

In totaal hebben drie revalidatiecentra met in totaal drie projecten deelgenomen aan het verbeterprogramma ‘klinische uitstroom’, zie figuur 7.1.

7.3 RESULTATEN

Traditioneel wordt niet-medisch geïndiceerd verblijf niet gemeten binnen revalidatiecentra. Om tot een uitspraak te komen over de omvang is bij de nulmeting, voor iedere revalidant vastgesteld of er sprake was van niet-medisch geïndiceerd verblijf alsmede de omvang van het aantal niet-medisch geïndiceerde verpleeg-/behandeldagen. Op dezelfde wijze heeft de nameting plaatsgevonden. Op basis van de verschillen tussen de nul- en nameting is het behaalde resultaat vastgesteld.

De resultaten zijn bepaald op basis van de meetresultaten die door de revalidatiecentra zijn aangeleverd. De resultaten zijn door het uitvoerend consortium kwalitatief, aan de hand van voortgangsrapportages en projectbesprekingen – en indien mogelijk kwantitatief – op basis van geregistreerde data, getoetst. Figuur 7.2 toont de resultaten geanonimiseerd per verbeterproject.

Het niet-medisch geïndiceerd verblijf is met gemiddeld 85% gereduceerd. In alle drie de verbeterprojecten is de RiB-doelstelling van 50% behaald.

7.4 INTERVENTIES

In figuur 7.3 is een overzicht weergegeven van de interven-

ties die de centra hebben toegepast om tot een verbetering van de doelmatigheid te komen. De interventies zijn gerubriceerd naar interventietypen en de mate waarin binnen de verbeterprojecten een interventie is toegepast.

7.5 EFFECTEN OP DE MEDEWERKERSBELEVING

Ook voor het verbeterprogramma ‘klinische uitstroom’ is het effect beoordeeld van de zorglogistieke interventies op de medewerkerstevredenheid. Onderstaand zijn de uitkomsten weergegeven van de revalidatiecentra die hebben deelgenomen aan het verbeterprogramma ‘klinische uitstroom’.

De gemeten verschillen zijn gering en niet significant. Geconcludeerd kan worden dat het verbeterprogramma ‘klinische uitstroom’ geen effect heeft gehad op de werkbewerking.

Het oordeel van de respondenten over de resultaten van dit verbeterprogramma toont een significant positieve verschillen, behalve op het aspect kwaliteit van dienstverlening en behandelduur. Het aspect kwaliteit van behandeling beoordelen de respondenten significant positiever. Waarschijnlijk hangt dit samen met het feit dat er in dit programma nadrukkelijk aandacht is geweest voor het moment in het behandelproces waarop er geen sprake meer is van een medische revalidatie-indicatie. Dit vereist van het behandelteam meer expliciet stil te staan bij het effect van de behandeling. Figuur 7.4 toont de resultaten.

De overall waardering voor het verbeterprogramma is met een score 3,28 (op een schaal van 1 tot 5) positief te noemen.

7.6 EFFECTEN OP DE PATIËNTBELEVING

Met betrekking tot de klinische uitstroom kunnen vanuit de patiëntbeleving nog weinig uitspraken worden gedaan. Niet meer dan dat respondenten het belangrijk vinden dat er een goede aansluiting is op andere zorgverleners en dat het logisch is dat een revalidant niet langer dan nodig in behandeling blijft. De beleving van de vroegtijdige ontslagplanning is beschreven in paragraaf 5.6.

TOEGEPASTE INTERVENTIES	MATE WAARIN TOEGEPAST
Proces Beter op elkaar afstemmen processen in de keten.	***
Planning Aanleggen hulpmiddelen depot.	**
Besturing Toepassen concept Theory of Constraints (TOC). Ontwikkelen indicatorenset voor betere sturing.	***** *****
Informatie Verbeteren registraties en managementinformatie.	****
Taken/verantwoordelijkheden Benoemen casemanager die verantwoordelijk is voor ontslagmanagement.	**
Interne communicatie Herstructureren multi disciplinair overleg.	****
Behandeling Sturen op uitstroom/werken met ontslagprognose.	*****
Patiëntenparticipatie/-informatie Vergroten actieve betrokkenheid van patiënt bij overleg.	***
Overige Wijzigen leverancier hulpmiddelen.	**

FIGUUR 7.3 OVERZICHT VAN DE TOEGEPASTE INTERVENTIES

LEGENDA

- * in minder dan 20% van de verbeterprojecten toegepast
- ** van 20% tot 40% van de verbeterprojecten toegepast
- *** van 40% tot 60% van de verbeterprojecten toegepast
- **** van 60% tot 80% van de verbeterprojecten toegepast
- ***** in 80% of meer van de verbeterprojecten toegepast

RESULTATEN	3,42	3,76	0,33	JA
Kwaliteit dienstverlening	3,54	3,77	0,23	nee
Kwaliteit van de behandeling	3,69	4,00	0,31	ja
Effectiviteit behandelingschema	3,46	3,77	0,31	ja
Behandelduur	3,54	3,77	0,23	nee
Doelmatigheid	3,31	3,77	0,46	ja
Wachttijden	3,00	3,46	0,46	ja

FIGUUR 7.4 WAARDERING RiB

LEGENDA

- 1= zeer negatief
- 5= zeer positief

ITEM	GEMIDDELDE VOOR	GEMIDDELDE NA	VERSCHIL- SCORE	VERSCHIL SIGNIFICANT (t-toets)
Regelmogelijkheden	3,44	3,50	0,06	nee
Zelf werk indelen	2,67	2,67	0,00	nee
Regelmaat in werk	4,22	4,33	0,11	nee
Werkbelasting	3,29	3,34	0,05	nee
Werktempo	3,09	3,07	-0,02	nee
Werkbelasting	3,50	3,57	0,07	nee
Voldoende capaciteit	3,20	3,31	0,11	nee
Voldoende tijd	3,38	3,42	0,04	nee
Samenwerking	3,95	4,05	0,11	nee
Samenwerking met collega's	4,07	4,20	0,13	nee
Hulp van collega's	4,33	4,40	0,07	nee
Afstemming werk	3,93	4,00	0,07	nee
Sfeer op het werk	3,80	3,93	0,13	nee
Communicatie op het werk	3,60	3,73	0,13	nee
Welzijn	3,85	3,92	0,08	nee
Persoonlijk welzijn	3,87	4,00	0,13	nee
Trots op het werk	3,73	3,73	0,00	nee
Passend werk	3,87	3,87	0,00	nee
Thuis voelen op het werk	4,00	4,07	0,07	nee
Concentratieniveau	3,80	3,93	0,13	nee
Uitdaging in het werk	3,80	3,93	0,13	nee
Plezier naar het werk	3,87	3,93	0,07	nee
Aantrekkelijkheid	3,73	3,96	0,22	nee
Aantrekkelijkheid functie	3,60	3,60	0,00	nee
Aantrekkelijkheid organisatie	3,80	4,13	0,33	nee
Aantrekkelijkheid sector	3,80	4,13	0,33	nee

FIGUUR 7.5 EFFECTEN OP DE WERKNEMERSBELEVING

LEGENDA
1= zeer ontevreden
5= zeer tevreden

7.7 EFFECTEN OP DE KWALITEIT VAN BEHANDELING

KETENZORG

Ervaren wordt dat het nodig is dat verwijzende partijen beter moeten worden voorgelicht over de toegevoegde waarde van revalidatiezorg. Enerzijds draagt dit ertoe bij

dat de revalidanten sneller op de juiste plek terechtkomen. Anderzijds dat de aansluiting van het revalidatiecentrum op de ketenpartners verbeterd wordt.

STUREN OP ONTSLAG

Zie paragraaf 5.7

8>

SLOTBESCHOUWING

Systeemwijzigingen binnen de zorg noodzaken revalidatiecentra tot meer bedrijfsmatigheid en leiden ertoe dat er in toenemende mate bewustzijn ontstaat voor zorglogistiek als bedrijfsvoeringsconcept. Het programma RiB heeft getoond welke mogelijkheden zorglogistiek biedt bij het optimaliseren van de bedrijfsvoering binnen de revalidatiesector.

Er ligt voor de sector een belangrijke uitdaging om het traditionele zorginhoudelijke perspectief te integreren met bedrijfsvoeringsmaatstaven. Hierin schuilt een spanningsveld. RiB heeft echter aangetoond dat dit ook kansen biedt.

Breed geldt in de zorg het adagium ‘de patiënt centraal’. Invulling hiervan is geen sinecure. Zorglogistiek geeft revalidatiecentra de mogelijkheid de behandeling werkelijk op een patiëntgerichte wijze te organiseren. Zorglogistieke verbeteringen zijn niet door te voeren zonder dat revalidanten daar iets van merken. Het valt op dat revalidanten daarentegen het als vanzelfsprekend vinden dat de revalidatiecentra zich inspannen voor continue verbetering van de bedrijfsvoering. Om revalidanten werkelijk verbeteringen te laten ervaren, is het nodig dat revalidatiecentra steeds nagaan wat de effecten zijn van nieuwe interventies op de patiëntenbeleving. Dat geeft centra de mogelijkheid hun verbeteracties te optimaliseren en zo volledig mogelijk aan te sluiten op de behoeften van hun revalidanten. Een voorbeeld is het betrekken van de revalidant bij de behandeling. Zowel revalidanten als professionals zien hiervan de meerwaarde. Bij nadere meting blijkt dat het adequaat laten participeren van revalidanten vraagt om nadere competentieontwikkeling.

Zoals breder in de zorg, is ook binnen het programma RiB de beschikbaarheid en de kwaliteit van de data een probleem gebleken. Dit in combinatie met de relatief lange behandelduur heeft ertoe geleid dat vanuit een zuiver onderzoeksmatig perspectief de resultaten niet altijd hard vast te stellen zijn. Metingen over een ruimere periode is vereist en aanbevelenswaardig.

Geconcludeerd dient te worden dat het ontbreken van kwalitatief goede data indicatief is voor de ontwikkelingsfase waarin de sector zich bevindt. Systemen zijn nog niet ingericht op een operationele sturing van het

patiëntenproces. Dit leidt ertoe dat veel revalidatiecentra niet in control zijn doordat de planning- en controlcyclus op operationeel niveau niet geoperationaliseerd is. Van een operationele sturing op basis van prestatienormen en -indicatoren is in feite nog geen sprake. Hier ligt een belangrijke uitdaging voor de sector.

Een andere uitdaging is gelegen in het meten van de kwaliteit van de behandeling. Het meten van de behandel-effectiviteit op basis van valide meetsystemen staat binnen de revalidatie nog in de kinderschoenen. Dit maakt het onmogelijk om aan te tonen wat de effecten zijn van zorglogistieke interventies op de behandelkwaliteit. Opvallend is dat ook in de focusgroepen, die met artsen en behandelaars hebben plaatsgevonden, het lastig is gebleken de effecten te benoemen. De indruk bestaat dat ook bij professionals het denken in concrete doelen en meetbare resultaten nog verder ontwikkeld dient te worden.

Logistiek handelen vraagt om aanpassing van gedrag. Loslaten van oude patronen is nodig. Het vraagt om herijking van de professionaliteit. Aandacht voor scholing van professionals in het ‘logistiek’ handelen en ruimte voor professionele reflectie zijn nodig. Het vraagt van betrokken professionals en andere medewerkers nieuw gedrag, zoals op een andere wijze samenwerken zowel met collega’s als met de revalidant, doelgericht handelen met de ontslagdatum voor ogen. Dit vraagt een andere manier van denken en het verwerven van passende competenties.

Ondanks de toegenomen logistieke bewustwording en enthousiasme daarvoor heeft verbreding van het gedachtegoed van RiB naar andere teams binnen de revalidatiecentra nog niet overal plaatsgevonden. Het op gang brengen van het zogenaamde vliegwieleffect vraagt aandacht. Leiderschap is daarvoor noodzakelijk.

Het is nu aan de sector om verder de vruchten te plukken van RiB. Er is veel inspanning geleverd en het programma heeft geleid tot een brede overtuiging in de sector dat zorglogistiek van meerwaarde is voor revalidatiecentra. Het vereist een heldere visie en leiderschap om de behaalde resultaten te borgen en de volgende stappen te zetten in een duurzame ontwikkeling van de revalidatiesector.

